Chronische Appendicitis im Bruchsack

(vor der Operation als Hodentuberkulose diagnosticiert.)

■■■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung

der med. Doktorwürde

einer

Hohen medizinischen Fakultät der Universität München

vorgelegt von

Julius Kopp,
Cand. med.

ACAD. LUGDUNAT. BIBL.

■■■

München 1912
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität zu München.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. O. v. Angerer.

Keine Krankheit hat in neuester Zeit durch ihr häufiges Auftreten so das allgemeine Interesse in Anspruch genommen, als die Erkrankung des Wurmfortsatzes — Appendicitis —. Man nennt sie in Laienkreisen die „moderne Krankheit".

Es mag dahingestellt bleiben, ob — wenn früher so viele Erkrankungen des Wurmfortsatzes nicht beobachtet wurden — sie nicht doch auch häufig vorgekommen sind. Denn es liegt nach der ganzen Entwickelung der gegenwärtigen Erkennungsmethoden nahe, anzunehmen, daß in früheren Zeiten die Diagnose auf Entzündung des Wurmfortsatzes viel seltener gestellt wurde. Und in der Tat, wenn wir die Literatur des vorigen Jahrhunderts überblicken, so finden wir eine Menge von Fällen beschrieben und erörtert, die — damals in ganz anderer Weise diagnostiziert — nach dem Stande der heutigen Wissenschaft sich zweifellos als Erkrankungen des Wurmfortsatzes darstellen und jetzt ohne Weiteres dem Chirurgen übergeben würden.

Wie viele Appendicitisfälle damals zum Tode führten, die heute durch rechtzeitiges Eingreifen die größte Wahrscheinlichkeit auf Heilung und Rettung haben würden, läßt sich nur ahnen.

Dennoch gibt es auch jetzt öfters noch Fälle, besonders bei den chronischen Entzündungen des Wurmfortsatzes, bei denen die Stellung der sicheren Diagnose „chronische Appendicitis" gänzlich unmöglich ist.

Erst die nachfolgende Operation oder Sektion gibt Aufschluß über das Vorliegende und hier werden Befunde erhoben, die zeigen, welche Schwierigkeiten einer sicheren Diagnosenstellung entgegenstehen und die beweisen, welche unüberwindbaren Hindernisse erst früher solchen Fällen gegenüber bestanden haben.

So berichtet Franke aus der Heidelberger Universitätsklinik von einem 34jährigen Patienten, bei dem sich vor 6 Jahren im Verlaufe von 4 Wochen eine Rötung und Schwellung am rechten Oberschenkel bildete, die damals alsbald incidiert wurde; bald darauf mußte die Incision wiederholt werden und nun blieb eine Fistel zurück. Franke stellte nun bei dem Mann handbreit unterhalb der spina auterior superior eine alte Narbe von der ersten Incision herrührend fest, ferner dicht unterhalb des Poupart'schen Bandes eine Fistel, aus der sich nur wenige Tropfen Eiter entleerten. Hier wurde die Diagnose „Appendicitis" nur dadurch gestellt, daß bei einem zeitweiligen Schluß der Fistel schwere

Störungen des Allgemeinbefindens und der Darmfunktion auftraten . Bei der Operation wurde festgestellt, daß der Appendix mit einem Netzzipfel an der vorderen Bauchwand adhärent war, daß hier eine Perforation saß, von der über das Poupart'sche Band hinweg die Fistel führte. Hier war früher die Diagnose Psoas-abseß gestellt worden und erst die übrigen Symptome ermöglichten nach langjährigem Bestande die richtige Diagnose.

Bei Frauen sind noch oft gynäkologische Leiden in Betracht zu ziehen; so teilt Weir einen Fall von Appendicitis mit, bei dem die Diagnose Ovarienzyste gestellt worden war. Es fand sich ein zystisch entarteter $4^1/_2$ Zoll langer und $^1/_2$ Zoll breiter Wurmfortsatz.

Noch bedeutend schwieriger gestaltet sich die Diagnose, wenn eine Verlagerung des Wurmfortsatzes stattgefunden hat; dieselbe findet meistens in Ausbuchtungen der Bauchhöhle hinein statt und so findet sich der Appendix sowohl in Leisten- und Schenkelhernien wie in Nabel- und Inneren Hernien.

Die meisten Hernien, in denen der processus vermiformis vorliegt, kommen nun im höheren Alter vor, ferner häufiger bei Männern als bei Frauen und häufiger in Leisten- als in Schenkelhernien. Bei dieser relativen Häufigkeit kann es natürlich nicht Wunder nehmen, daß auch der an abnormer Stelle gelagerte Wurmfortsatz ebenso wie in der Bauchhöhle Entzündungen unterworfen ist. In der Tat „Appendicitis im Bruchsack" ist nicht allzu selten und zwar findet sie sich meist zwischen dem 50. bis 70. Lebensjahr; hier ist also mehr im Alter die Disposition zur Entzündung des Wurmfortsatzes gegeben, während im Gegensatz hierzu die Appendicitis im Bauch geradezu als eine Erkrankung des jugendlichen Alters erklärt wurde, da im Alter der Wurmfortsatz obliteriert und atrophiert und daher die Disposition schwinden soll. Meistens tritt die Appendicitis in Hernien auf, die schon länger bestanden haben und zwar wohl deshalb in höherem Alter, weil infolge der Gewebsentspannung der Bauchring meist weiter, die Fixation des Coecums meist schlaffer wird; ferner ist im Alter der Organismus nicht mehr so widerstandsfähig gegen Schädigungen aller Art, so daß es dann leicht zur Entzündung kommen kann.

Pathologisch-anatomisch kommen fast alle Formen der in der Bauchhöhle sich abspielenden Appendicitis auch im Bruchsacke vor, von der einfachen katarrhalischen Entzündung bis zur Gangrän- und Abscebildung. Die Entzündungen bleiben aber meist auf den Bruchsack beschränkt, da rasch Verklebungen an der Bruchpforte die Bauchhöhle sichern, fast nie kommt es zur allgemeinen Peritonitis.

Wir finden nun den Wurmfortsatz sowohl allein wie in Gesellschaft anderer Baucheingeweide im Bruchsack. Wir wissen

auch, daß der processus vaginalis häufig in Communication mit der Bauchhöhle bleibt und so steht einem Eindringen der Eingeweide in den Hodensack kein Hindernis entgegen, der Bruch ist angeboren; es kann daher auf solche Weise der Appendix als Bruchinhalt vorhanden sein. Andererseits findet sich bei den congenitalen Kinderhernien häufig eine Verlötung der Wurmfortsatzspitze mit dem oberen Pol des Hodens, die man als die Folge einer noch vor dem descensus testiculi stattgehabten intrauterinen Entzündung auffaßt. Diese Hernien neigen auch später zur Entzündung, wohl aus dem Grunde, daß, da in solchem Falle der Appendix beiderseits fixiert ist und beim Wachstum passiv in die Länge gezogen werden muß, auch ein nur geringfügiges Trauma größere Schädigungen setzt wie sonst gewöhnlich.

Dagegen begünstigt selbstverständlich eine abnorme Länge des Mesocolons und die dadurch bedingte Lageanomalie des Coecums, ferner natürlich auch eine abnorme Länge des Wurmfortsatzes und seines Mesenteriolums das Eintreten des Appendix in den Bruchsack. So ist es sogar möglich, daß derselbe selbst in einer linken Leistenhernie gefunden wird, wobei allerdings auch in Erwägung zu ziehen ist, daß der Blinddarm im fötalen Leben zunächst links liegt und in der linken Fossa iliaca liegen bleiben kann, so daß auch auf diesem Wege ein linksseitiger Leistenblinddarmbruch zu Stande kommen kann.

So fanden Russl-Rendie bei der Operation einer linksseitigen strangulierten Leistenhernie an einem 9 Monate alten Knaben als Bruchinhalt Coecum sammt Appendix vor. Der Darmteil war 3 Zoll lang und wies die Zeichen der Entzündung auf. Die Hoden lagen beiderseits in ihren Fächern.

Bei den erworbenen Leistenbrüchen kann sich nun ebenfalls der Wurmfortsatz als Bruchinhalt vorfinden, er liegt hier aber getrennt vom Hoden nicht in derselben Peritonealtasche, weil ja der processus vaginalis obliteriert und über dem Hoden geschlossen ist.

Es findet sich so der processus vermiformis auch nicht allzu selten als Bruchinhalt vor, so nach einer Heidelberger Statistik in 4,65 Prozent der Fälle, und zwar ebenso oft als einziger Bruchinhalt als mit anderen Darmabschnitten vergesellschaftet.

Durch die abnorme Lagerung des Appendix im Bruchsack kann es nun sowohl zu einer Incarceration desselben kommen als auch kann selbstverständlich hier eine Appendicitis auftreten, ja eventuell begünstigt wohl eine solche Lagerung deren Entstehung, wie zum Beispiel infolge der leichteren Einwirkung eines Traumas oder infolge der leicht entstehenden Kotstauungen das ursächliche Moment gegeben ist.

So sind uns auch jetzt die akuten Entzündungen des Wurmfortsatzes in Hernien schon lange bekannt und machen deren Diagnosenstellungen keine so großen Schwierigkeiten wie die der

chronischen Appendicitis im Bruchsack; hier kann es infolge der äußerst mangelhaften Angaben der Patienten und der durch den langdauernden Verlauf verwischten Anhaltspunkte direkt unmöglich werden, eine richtige Diagnose zu stellen; so lautet dann oft die Diagnose auf Incarceration, Tumor und Aehnliches. Die Diagnose auf Tumor wird dadurch ermöglicht, daß der Appendix mit Hoden und Nebenhoden zu einem schwieligen Paket verbacken kann, das zur Unterscheidung von einer malignen Geschwulst eine längere Beobachtungszeit nötig macht. Andererseits verhindern diese derben Schwielen das Weiterschreiten nach der Bauchhöhle zu, umschließen oft im Inneren Abscesse und begünstigen deren Durchbruch nach Außen mit Entstehung von langdauernden Fisteln. Bei diesen ist zu berücksichtigen, daß die Fisteln bei den chronischen Entzündungen des Wurmfortsatzes sich meist am oberen Pol des Hodens finden, während tuberkulöse Fisteln fast stets am unteren Pol durchzubrechen pflegen. So gibt Thon einen Fall an bei einem 40 jährigen Mann mit folgendem Befund:

„Bisher bestand rechtsseitiger Leistenbruch, der seit 10 Tagen irreponibel war; vor 8 Tagen kurze Zeit Erbrechen, Stuhl in Ordnung, kein Fieber.

Leistenbruch von Gänseeigröße, Testikel und Samenstrang stark verdickt; die Diagnose wurde auf Hodentumor gestellt.

Bei der Operation Kastration und Resektion des auf gut zweifingerbreit verdickten Samenstrangs, im Bruchsack lag der stark entzündete adhärente Wurmfortsatz. Die pathologische Untersuchung des Samenstranges ergab nur eine entzündliche Verdickung desselben".

Andererseits konnte obiger Autor zweimal die richtige Diagnose stellen, indem sich das einemal aus einer Fistel am Scrotum ein Kotstein entleerte, während im anderen Falle außer einer Fistel nach Reposition von Darmteilen der Processus vermiformis als strangartiges Gebilde im Bruchsacke durchzufühlen war.

Dagegen berichtet Nicoll von einer Frau mit einer Schenkelhernie, bei der typische Einklemmungserscheinungen auftraten, nur fiel auf, daß der Bruch weniger gespannt war als es sonst bei Einklemmung der Fall zu sein pflegt. Bei der Operation fand sich Eiter im Bruchsack und der perforierte Wurmfortsatz.

Die Diagnosenstellung ist also wie wir an diesen Beispielen sehen, oft äußerst schwierig, da gleichen Symptomen ganz verschiedenartige Erkrankungen zu Grunde liegen können.

Es kommt dann ferner noch in Frage, ob primär eine Appendicitis bestand und erst sekundär eine Einklemmung hinzutrat. Bei dieser Sachlage sind wohl die Entzündungserscheinungen überwiegend, während bei der primären Einklemmung die Stauungserscheinungen im Vordergrund stehen.

Bei allen nicht sicher diagnosticierten Fällen dieser Art, die entzündliche Erscheinungen aufweisen, ist wohl immer sofortige

Herniotomie zu empfehlen, da, falls der entzündete Wurmfortsatz im Bruchsacke lag, eine gelungene Reposition eine Peritonitis nach sich ziehen könnte; meist aber werden glücklicher Weise die Repositionsversuche nicht gelingen, da ja der entzündete processus bald mit den Bruchsackwänden verklebt und dadurch irreponibel wird.

Bei Frauen ist differentialdiagnostisch von Wichtigkeit, daß sich in einer Leistenhernie auch das Ovarium meist mit der Tube zusammen vorfinden kann, oft sind dann auch Darm- und Netzteile mit vorgefallen. Der Descensus ovarii findet in den offenen Nuck'schen Kanal statt und ist wahrscheinlich bedingt durch ein abnorm kurzes ligamentum rotundum. Es wird dann in solchen Fällen häufig die Diagnose Netzhernie statt Ovarialhernie gestellt, da das vorgefallene Ovarium meist atrophiert und dann leicht mit einem Netzknoten verwechselt werden kann.

Andererseits kommt es auch zur Diagnose Netzhernie, wenn sich der Appendix im Bruchsack befand. In diesem Falle, wie uns aus Togo berichtet wird, wurde die Diagnose deshalb auf Netzhernie gestellt, da man bei der Palpation eine bleistiftähnliche zirka 4 cm lange Geschwulst fühlte, die verschieblich, von anscheinend höckeriger und fester Konsistenz war. Auch hier fand sich bei der Operation der entzündete processus vermiformis im Bruchsack.

Interessant ist nun die Krankengeschichte eines Falles, der mir von Herrn Professor Dr. Klaußner, dem Vorstand der K. chirurgischen Poliklinik in München gütigst überlassen wurde.

Am 9. 5. 08 kam ein Patient zur Untersuchung, der über Schmerzen im rechten Hoden klagte.

Die Anamnese ergab:

„Patient ist 60 Jahre alt; bemerkenswerte frühere Krankheiten weiß derselbe nicht anzugeben. Seit mehreren Wochen bestünden jetzt Schmerzen; ohne daß Patient eine Ursache wüßte, ist am Hodensack eine leichte Rötung und Schwellung aufgetreten, die nur von einem mäßigen Schmerzgefühl begleitet war. Patient behandelte sich die ersten Tage selbst, indem er kalte Umschläge machte; nach einigen Tagen brach ein Abceß auf und es entleerte sich Eiter. Alsbald nahm die anfangs reichlicher bestehende Eiterung ab, versiegte aber nie ganz. Fieber will Patient nicht gehabt haben; ein Trauma wird gänzlich in Abrede gestellt; eine sexuelle Infektion wird für jetzt wie für früher negiert. Irgend welche andere Begleiterscheinungen als die genannten konnten von dem Patienten nicht erhoben werden".

Der Befund selbst ergab Folgendes:

„Mittelgroßer Mann von reduziertem Ernährungszustand, schlaffer Muskulatur, blasser Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute.

Die Untersuchung der Lungen ergibt Altersemphysem, aber sonst keinen weiteren nennenswerten Befund.

Herztöne rein, Aktion regelmäßig; Puls voll, kräftig, Arterienrohr rigide, knotige Einlagerungen fühlbar.

Senile Demenz".

Oertlicher Befund:

„Die rechte Hälfte des Hodensackes mäßig geschwollen, die Haut in der unteren Partie desselben befindet sich im Zustande chronischer Entzündung, ist blaurot verfärbt und schuppend, teilweise mit Borken eingetrockneten Sekrets bedeckt. Nur ganz geringe Empfindlichkeit auf Druck.

Nach Entfernung der Borken werden einige Fisteln sichtbar, die, wie die Sondierung konstatieren läßt, zum oberen Pol des rechten Hodens führen. Aus diesen Fisteln entleert sich in geringer Menge trübe, seröseitrige Flüssigkeit. Der Hoden selbst ist leicht vergrößert, fühlt sich hart an und weist einen nicht glatten, sondern unregelmäßig höckerigen Ueberzug auf. Er ist in seinem oberen Teil mit der Hautstelle, in deren Bereich die Fisteln sich befinden, verbacken. Hoden und Nebenhoden sind voneinander durch Palpationen nicht abzugrenzen, alles ist in eine derbe, schwielige Masse verwandelt.

Der Samenstrang ist beträchtlich verdickt; ein mehr als bleistiftdicker Strang setzt sich in den Leistenkanal hinein fort.

Die Leistendrüsen sind geschwollen, nicht druckempfindlich."

Es handelt sich um einen chronisch entzündlichen Prozeß im rechten Fach des Hodensackes. Die Fisteln der Haut führen auf den Hoden und machen so die Annahme, daß der Ausgangspunkt der Eiterung der Hoden sei, wahrscheinlich. Erfahrungsgemäß sind die weitaus häufigsten chronischen Eiterungen, die vom Hoden ausgehen, tuberkulöser Natur. Wir denken daher auch in diesem Falle an Tuberkulose. Die Diagnose wird gestützt durch die Verdickung des Samenstranges, einer Veränderung, die für Hodentuberkulose geradezu charakteristisch ist, da ja die Hodentuberkulose die Neigung hat, sich auf das vas deferens fortzusetzen.

Die entzündlich geschwellten Leistendrüsen vervollständigen das typische Bild der Hodentuberkulose.

An ein subkutanes Hämatom, das späterhin vereiterte, oder an eine vereiterte Hämatocele kann also wohl nicht gedacht werden, besonders, da ein Trauma überhaupt nicht stattgefunden hatte. Eine Infektion der Genitalien ist nicht nachweisbar.

Daß die Schmerzhaftigkeit zu Beginn der Erkrankung keine erhebliche war, beweist die Tatsache, daß ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen nicht für notwendig befunden wurde.

Wir haben also nach der Anamnese einen wenig akuten Beginn einer chronischen Eiterung ohne erkennbare äußere Veranlassung.

Wir nahmen daher an, daß die nach dem objektiven Befund diagnostizierte Hodentuberkulose von dem leicht dementen Patienten unbeachtet blieb, bis ein kalter Absceß, der wohl wahrscheinlich sekundär durch gewöhnliche Eitererreger infiziert wurde, durch die Haut durchbrechen wollte.

Die Tatsachen, die sich aus der Anamnese ergaben, vermochten nicht an der gestellten Diagnose einen Zweifel aufkommen zu lassen, sprachen im Gegenteil für dieselbe.

Wir rieten dem Patienten zur Operation, die in rechtsseitiger Kastration und Resektion des ductus deferens mit Jodoformglycerin in dessen Stumpf, eventuell vollständige Entfernung desselben und des einen Samenbläschens bestehen sollte.

Operation am 11. 5. 08:

„Umscheidung der chronisch entzündlichen, von den Fisteln durchsetzten Hautpartie in großer Ausdehnung, Vernähung der Ränder des umschnittenen Hautlappens über einem Jodoformgazetampon, um den Eiterherd auszuschließen. Der an dieser Vorbereitung unbeteiligte Operateur legt nun einen Schnitt an, der vom äußeren Leistenring bis zur Scrotalwunde reicht. Bei dem nunmehrigen Versuch, den verdickten ductus deferens zu isolieren, stößt man auf Darm, anscheinend leerer, kontrahierter Dünndarm. Derselbe setzt sich weit in das Scrotum hinein fort, Zug an ihm hebt den Hoden mit empor. Der jetzt auftauchende Verdacht, daß es sich um eine mit dem oberen Pol des Hodens verwachsene Dünndarmschlinge handle, wird alsbald widerlegt, denn es ist nur e i n Schenkel der gesuchten Schlinge zu finden. Als man nun an diesem in der Richtung vom Leistenring abwärts zog, erschien das coecum vor dem mittelweiten äußeren Leistenring, der vermeintliche Dünndarm erwies sich als processus vermiformis. Er wird in typischer Weise nach Spaltung der vorderen Wand des Leistenkanals abgetragen, das coecum in die Bauchhöhle versenkt. Das vas deferens erweist sich am Eintritt in die Bauchhöhle als normal, geht aber nach abwärts in die gemeinsame schwielige Masse über, die Wurmfortsatz, Hoden, Hüllen und Haut miteinander bilden. Da der Hoden zu einem großen Teil in den Absceß einbezogen und zerstört ist, wird er mit entfernt, der ductus deferens also am äußeren Leistenring abgebunden, ebenso die Gefäße, das Peritoneum und die Bauchwand geschlossen, ein großes Stück der Scrotalhaut, so weit sie mit dem Inhalt des Hodensackes verwachsen ist, weggeschnitten, die Hautwunde bis auf eine kleine Lücke zum Einführen eines Tampons geschlossen.

Mäßige Sekretion; von Seiten des Peritoneums keine Erscheinungen. Das psychische Verhalten des Patienten erfordert seine Verbringung in die psychiatrische Klinik, wo er nach kurzer Zeit verstarb.

Das eigenartige dieses Krankheitsfalles liegt darin, daß eine Appendicitis im Bruchsack eine Hodentuberkulose vortäuschen konnte, zudem es sich um eine Appendicitis destructiva gehandelt hat mit Absceßbildung. Daß der Beginn der Erkrankung so geringe subjektive Beschwerden gemacht hat, mag zu einem Teil in dem psychischen Verhalten des Patienten seinen Grund haben. Die Hauptursache liegt aber sicher in dem anatomischen Befund. In dem ziemlich engen Bruchsack lag lediglich der Appendix. Als die Entzündung an der Spitze begann, trat, wie mit Sicherheit anzunehmen ist, eine entzündliche Verklebung des serösen Ueberzuges des Appendix mit dem Peritoneum des Bruchsackes ein, so daß, als Abscedierung eingetreten war, eine Verteilung des Eiters im ganzen Bruchsack nicht möglich war. Da also die Peritonitis eine sicher circumscripte war, hat sie sich als solche nicht zu erkennen gegeben. Auch nach erfolgter Absceßbildung hat sie die anfänglichen bescheidenen Grenzen nicht überschritten, was dadurch möglich geworden ist, daß der Eiter sich nach außen entleeren konnte. Daß dieser für den Patienten günstige Umstand eintrat, hat zur Voraussetzung, daß die Hüllen des Samenstranges schwach und atrophisch waren, wie es dem ganzen Habitus des vorzeitig alternden Patienten entsprach. Auch die aufrechte Haltung mag dazu beigetragen haben, dem Eiter das Vordringen bauchwärts, also nach oben, zu erschweren, sondern ihn der Schwere folgend nach abwärts sitzen und dort durchbrechen zu lassen.

Eine weitere Frage lautet nun: War der Bruch ein angeborener oder erworbener? Mehrere Momente sprechen dafür, daß er angeboren war. Vor allem der Umstand, daß der Hoden mit in den Absceß einbezogen war, was man sich leichter auf die Art zu Stande gekommen denken kann, daß Wurmfortsatzspitze und oberer Hodenpol direkt aneinander stießen, als wenn erst die doppelte Schichte des Peritoneums des Bruchsackes und der tunica vaginalis propria testis zu durchtrennen gewesen wäre.

Ferner glaube ich, daß die auffallende Länge des Appendix darauf hindeutet, daß die Hernie eine kongenitale war. Wenn man von dem gewöhnlichen Entstehungsmodus nicht angeborener Hernien ausgeht, die durch das Anpressen von Eingeweiden gebildet werden und sich unter dieser fortwirkenden Ursache vergrößern, und wenn man den hier gefundenen langen Bruchsack, dessen einziger Inhalt der Wurmfortsatz ist, in Betracht zieht, so erscheint es als sehr unwahrscheinlich, fast unmöglich, daß dieses Eingeweide, das keine Spannung auf den Bruchsack ausüben kann, ihn zu dieser Größe gebracht haben sollte. Die Annahme, daß es sich eben um einen kongenitalen Bruch handelte, liegt viel näher und die Erklärung des Befundes durch diese Annahme macht nicht die Herbeiziehung wenig wahrscheinlicher Momente nötig.

Es kommt in angeborenen Brüchen vor, daß ein Darm mit dem serösen Ueberzug des Hodens verwachsen ist. Möglicherweise hat eine solche Verwachsung des Wurmfortsatzes mit dem oberen Hodenpol auch hier stattgehabt. Hierin könnte man eine Erklärung der ungewöhnlichen Länge des Wurmfortsatzes, die 20 cm betrug, erkennen: derselbe ist während der Wachstumsjahre mitgewachsen, durch die Fixation am Hoden einerseits, am coecum andererseits, das durch den relativ zu engen Leistenkanal nicht durchtreten konnte, hierzu veranlaßt.

Das coecum mit seinem Inhalt wird wohl auch die Ursache dafür sein, daß nicht noch andere Därme in den Bruchsack eingetreten sind; es hat also wohl durch seine Lage unmittelbar vor dem inneren Leistenring als Pelotte gewirkt.

Appendices von 20—22 cm Länge sind, wie nebenbei bemerkt, auch innerhalb der freien Leibeshöhle gefunden worden; aber für die Länge unseres Appendix kommt vielleicht das angegebene Moment als kausales in Betracht.

Alles in Allem: Etwas besonderes ist es, daß eine akute destruktive Appendicitis in der Art verläuft wie in unserem Falle. Das ist nun wohl bei diesem anatomischen Befunde erklärlich. Etwas ungewöhnliches ist ferner die Länge des Appendix und seine Dicke wie ein kontrahierter Dünndarm. Etwas nicht Alltägliches ist es auch, daß in einem so großen und langen Bruchsack lediglich ein Appendix gefunden wird, und daß der Besitzer einer Hernie während 60 Jahren niemals auf ihr Vorhandensein aufmerksam gemacht wurde.

Wie dieser Fall nachweist, zeigt die Appendicitis so verschiedenartige und verwickelte Erscheinungsformen, daß die Stellung einer raschen und richtigen Diagnose auch heute noch in vielen Fällen nicht unerheblichen Schwierigkeiten begegnet. Es wird bei allen Erkrankungen im Hodensack, besonders bei solchen mit entzündlichen, Anschwellung zeigenden Begleiterscheinungen an eine mit abnormer Lagerung verbundene Erkrankung des Wurmfortsatzes zu denken sein.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Klaußner für die gütige Unterstützung, sowie für Ueberlassung der Krankengeschichte meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Literatur.

Carnet, Zentr. f. Chirurgie 1909
Weir, „ „ „ 1904
H. Nicoll, „ „ „ 1904
Vésignié, „ „ „ 1903
E. Martini, Deutsch. med. Woch. 1910
J. Thon, „ „ „ 1910
Ch. H. Parkes, „ „ 1910
Fr. Fink, „ „ „ 1908
Rebentisch, „ „ 1905
H. Nicoll, Virch. Jahresber. 1908
Russel-Rendie Virch. Jahresber. 1908
C. Franke, Münch. med. Woch 1910
v. Stubenrauch, „ „ 1910
Günther, „ „ 1907
Leser, spez. Chirurgie . . . . . .
Aschoff, path. Anatomie . . . . . .

Lebenslauf.

Der Verfasser ist geboren zu Metz am 23. November 1884, legte 1906 am Luisen-Gymnasium zu Berlin das Abiturientenexamen ab und studierte auf den Universitäten Berlin, Straßburg im Elsaß und München.

Während seiner Studienzeit betätigte er sich in München als Coassistent an der II. Med. Klinik (Prof. Dr. Fr. v. Müller), an der III. Med. Klinik (Prof. Dr. Posselt), an der Chirurgischen Poliklinik (Prof. Dr. Klaußner) und an der Dermatologischen Poliklinik (Prof. Dr. C. Kopp).

In den Monaten Oktober, November und Dezember 1911 legte er das Medizinische Staatsexamen an der Universität München ab.